

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE : 1971

N°

8

THESE
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
par

Didier BERLAND
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
né le 26 Juin 1944 à Tunis

Présentée & soutenue publiquement le :

DESCRIPTION & ANALYSE DES INTERNEMENTS
EFFECTUES A PARTIR D'UN SERVICE LIBRE
DE PSYCHIATRIE

Président : Mr le Professeur E. HOUSSET

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE : 1971

N°

THESE
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
par

Didier BERLAND
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
né le 26 Juin 1944 à Tunis

Présentée & soutenue publiquement le :

DESCRIPTION & ANALYSE DES INTERNEMENTS
EFFECTUES A PARTIR D'UN SERVICE LIBRE
DE PSYCHIATRIE

Président : Mr le Professeur E. HOUSSET

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE PARIS
ANNEE 1937

THÈSE
PRÉSENTÉE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

CH. GERMAIN
Après Examen des Mémoires de Paris
né le 24 Juin 1904 à Tunis



présentée à l'École Polytechnique de Paris

DESSIN - ANALYSE DES INTERVIEWS
ETABLIES A PARTIR D'UN SERVICE LIBRE
DE PSYCHIATRIE

présenté par le professeur H. ROUSSEAU

A G. ma FEMME

A mes PARENTS



A Monsieur le Professeur E. HOUSSET

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris-Broussais

Médecin des Hôpitaux

Qui a bien voulu accepter

la présidence de cette thèse

A Monsieur le Professeur Agrégé H. FLAVIGNY

Qui nous a fait l'honneur de nous confier ce travail
et qui nous a aidé au cours de sa réalisation

Qu'il en soit profondément remercié



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543714_0034

Aux Docteurs

F. DESCOMBEY

D. MARMIE

F. JEAMMET

Pour leurs enseignements

A mes Maîtres d'EXTERNAT :

Monsieur le Professeur SICARD

Monsieur le Professeur HOUDART

Monsieur le Professeur RICHET

Monsieur le Professeur VIGNALOU

Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

Monsieur le Professeur Cl. LAUNAY

DESCRIPTION ET ANALYSE
DES INTERNEMENTS
EFFECTUES A PARTIR D'UN SERVICE
LIBRE
DE PSYCHIATRIE

I N T R O D U C T I O N

L'idée de ce travail remonte à ce que tout le monde dans notre service appelait "l'affaire Bertrand"; Bertrand, un enfant psychotique de 14 ans, hospitalisé à la suite de son passage dans de nombreuses institutions.

Au début de son séjour, il présentait des troubles du comportement assez fréquents qui consistaient en contacts ambivalents débutant par des marques d'affection (baisers, signes de la main, salut) et se terminant par des actes agressifs (morsures, pincements, coups). Peu à peu ses troubles étaient devenus moins fréquents et l'enfant assez bien adopté par l'ensemble du groupe. Puis, à l'occasion de son placement dans un externat spécialisé où il passait la majeure partie de la journée, ces troubles réapparurent et allèrent en s'amplifiant. Ainsi, au bout d'une quinzaine de jours le rejet par les autres malades était devenu manifeste, toutes les réunions étaient occupées par l'annonce des mesures d'auto-défense à prendre (enfermer Bertrand, s'enfermer soi-même ...), toutes les réunions quotidiennes venaient énumérer "ce qu'avait encore fait Bertrand lors de la soirée précédente".

Le personnel infirmier commençait aussi à être exaspéré tant par les troubles de l'enfant que par les plaintes permanentes des autres malades à son sujet et chez lui aussi l'idée de l'exclusion, c'est-à-dire de l'internement, commençait à poindre.

Mais plusieurs arguments s'y opposaient. Un traitement psychothérapique assez élaboré venait d'être commencé. L'enfant avait déjà été exclu de nombreuses institutions avant son hospitalisation chez nous et un internement était particulièrement grave car le service du fait de la définition de son champ de recrutement n'a pas de correspondant attitré accueillant les malades qu'il est obligé d'interner si bien qu'une fois de plus, Bertrand n'aurait pas pu bénéficier d'une prise en charge continue.

Tous ces arguments et bien d'autres furent dégagés au cours de discussions à son sujet que la division de l'équipe quant à l'internement avait contribué à provoquer. Ces discussions parfois orageuses, permirent de préciser une politique cohérente qui serait appliquée par tous, après que tous, partisans ou adversaires de l'internement, se fussent expliqués : "quoique fasse Bertrand, sa place était à l'hôpital et non dans un asile, il res-

.../...

terait donc dans le service et ne serait pas exclu". Cette décision fut communiquée par le chef de service à tous les malades rassemblés pour la circonstance.

Alors en quelques jours tout changea : les malades, auparavant ouvertement partisans de son rejet, se mirent à s'occuper de lui, à proposer des activités à son retour du centre psychothérapique ; Bertrand, lui-même, devint très calme et très supportable bien qu'évidemment toujours psychotique.

"L'affaire Bertrand" en devenant l'affaire de tout le service s'était évanouie. L'internement n'eut pas lieu.

C'est au cours de ces nombreuses discussions que l'idée de reprendre tous les internements effectués à partir de l'hospitalisation (1) a émergé et c'est ce travail qu'a bien voulu nous confier le Professeur FLAVIGNY.

Ce sujet nous a intéressé pour plusieurs raisons : les services libres sont nombreux et la tendance actuelle dans l'organisation de la psychiatrie est d'augmenter leur nombre tant dans l'absolu que par rapport aux services fermés. Or il est frappant que à notre connaissance ce sujet n'a été que peu abordé alors que l'internement à partir d'un service libre pose de nombreux problèmes.

Cependant cette rareté de travaux n'est peut-être pas tellement paradoxale si l'on pense que cela revient à tenter de préciser les limites des services libres, à discuter une tendance de certains services libres, jamais ouvertement exprimée, qui consiste à soigner les maladies mentales à la condition que leurs symptômes ne sortent pas d'une certaine limite de correction, à mettre l'accent sur le revers des établissements ouverts à savoir l'internement à partir d'eux.

En effet, l'internement actuellement régi en France par la loi de 1838 participe de deux finalités :

- la protection et le traitement des malades mentaux
- la protection de la société par le gardiennage dans certaines conditions d'ordre et de discipline des dits-malades.

Or, si l'on observe l'état des structures prévues par la loi de 1838, il apparaît clairement que la deuxième finalité a été et est encore bien souvent prévalente sur la première. L'internement à partir d'un service libre revient donc à prendre une

.../...

(1) De la création du service en mai 1964 à avril 1970.

mesure de soins irréalisable en service ouvert et à protéger un milieu, un environnement dont la raison d'être est justement le traitement des malades.

Dès lors nous avons plusieurs questions à préciser :

- l'internement est-il une mesure thérapeutique ?
- sur quels critères, dans une visée thérapeutique et dans une visée de protection, en pose-t-on l'indication ?

Etudier l'efficacité de l'internement est un abord possible de la première question mais il nous amènerait à sortir de notre sujet, aussi nous essayerons d'y répondre par d'autres voies en appréciant le vécu de l'équipe médicale quant à l'internement ce qui permet une première approche et en examinant si il rentre dans le cadre du schéma médical classique.

En effet, dans une perspective de traitement la discussion et l'indication reposent sur l'approbation implicite d'un tel schéma celui de l'"orientation" selon lequel lorsqu'un malade pose un problème particulier que tel service n'est pas en mesure de résoudre, Ce malade est dirigé vers une autre institution plus adéquate du fait de son équipement et de son personnel.

Ce schéma, parfaitement adapté dans de nombreuses circonstances (malade "chirurgical" orienté à partir d'un service de médecine) subit parfois un gauchissement et devient celui de "l'écroulement" selon lequel lorsqu'un malade présente une pathologie qui ne répond pas au désir implicite de l'équipe, il est dirigé vers un autre service sans beaucoup se soucier de savoir si cet autre service sera plus en mesure de la traiter (malade "psycho somatique" envoyé d'un établissement à l'autre).

Nous verrons si ces schémas sont utilisables en psychiatrie.

Pour approfondir le deuxième point il faut préciser ce qu'apporte le service fermé par rapport au service libre. Du point de vue de la sécurité il s'agit de mesures de protection qui ne sont pas automatiquement aussi efficaces qu'évidentes ; du point de vue thérapeutique les méthodes utilisées sont identiques, parfois même moins développées, dans le domaine de l'encadrement et de la psychothérapie.

Ceci posé nous devons étudier les critères, dans les deux finalités que nous avons notées plus haut, au vu desquels l'internement est décidé ; en particulier s'ils sont nettement individualisés, s'ils ont tous la même importance dans sa décision.

Cependant dès maintenant apparaît une notion fondamentale. Comme le montre l'expérience quotidienne et comme en a été un exemple l'observation de Bertrand, ces critères ne sont pas nosographiques mais symptomatiques. Or les symptômes ne sont pas indépendants du milieu dans lequel ils se développent mais sont le résultat de l'interaction du malade et de l'entourage. D'autre part ils ne sont pas insignifiants au sens fort et depuis l'apport de FREUD le médecin se doit de tenir compte de leur sens.

Notre travail pratique comprendra trois parties :

- la première sera consacrée à la description du service tel que nous l'avons connu pendant notre séjour au cours du premier semestre 1970, en y intégrant les données que nous avons recueillies sur ses modifications au cours de ses six années d'existence ;
- la deuxième comprendra la présentation des observations résumées des malades internés à partir de l'hospitalisation, à l'exclusion de la consultation , sauf pour deux exceptions, afin de mettre en évidence la genèse et les circonstances des internements.
- la troisième consistera en une analyse des dossiers présentés.

Enfin nous essayerons de dégager des éléments de réponse aux questions que nous avons soulevées ainsi que les enseignements que nous en aurons tirés.

Cependant dès maintenant apparaît une notion fondamentale. Comme le montre l'expérience quotidienne et comme en a été un exemple l'observation de Bertrand, ces critères ne sont pas nosographiques mais symptomatiques. Or les symptômes ne sont pas indépendants du milieu dans lequel ils se développent mais sont le résultat de l'interaction du malade et de l'entourage. D'autre part ils ne sont pas insignifiants au sens fort et depuis l'apport de FREUD le médecin se doit de tenir compte de leur sens.

Notre travail pratique comprendra trois parties :

- la première sera consacrée à la description du service tel que nous l'avons connu pendant notre séjour au cours du premier semestre 1970, en y intégrant les données que nous avons recueillies sur ses modifications au cours de ses six années d'existence ;
- la deuxième comprendra la présentation des observations résumées des malades internés à partir de l'hospitalisation, à l'exclusion de la consultation , sauf pour deux exceptions, afin de mettre en évidence la genèse et les circonstances des internements.
- la troisième consistera en une analyse des dossiers présentés.

Enfin nous essayerons de dégager des éléments de réponse aux questions que nous avons soulevées ainsi que les enseignements que nous en aurons tirés.

DESCRIPTION DU SERVICE

Le service de psychiatrie de l'Hôpital International de l'Université de Paris est un service libre au sein d'un hôpital général ne recevant ni placement volontaire ni placement d'office, dans lequel l'admission se fait avec l'accord du malade et celui du médecin. Il assure un accueil des cas d'urgence 24 heures sur 24.

A) - L'ENCADREMENT MATERIEL

L'encadrement matériel actuel est un peu différent de celui qui était prévu dans le projet originel. En effet, le service devait comporter deux parties :

- l'une située au 3ème étage, comptant 40 lits, quasi identique aux services de médecine et de chirurgie ;
- l'autre, de 12 lits, située au rez-de-chaussée et ayant des aménagements de sécurité importants permettant d'y recevoir pendant un temps limité et dans des conditions correctes les malades posant des problèmes particuliers (suicidaires graves, grands délirants, ...)?

Finalement cette annexe n'a pu être réalisée pour des raisons techniques - son absence a, comme nous le verrons, une grande incidence sur les internements qui ont été faits - et, actuellement donc, le service ne comporte que le 3ème étage dont l'aménagement intérieur apparemment identique à celui des autres services de l'hôpital, a été modifié par l'introduction de mesures de sécurité.

Malheureusement cette introduction a été lente si bien que pendant tout un temps la sécurité du service fut précaire (fenêtres ouvrables, carreaux cassables ...) et que ce n'est que progressivement que ce que nous allons décrire a été installé.

Les 40 lits sont répartis en chambres de 1, 2 et 4 lits occupant tout un étage divisé en deux ailes Sud et Nord.

Les portes sont ouvertes ou fermées à clef sur prescrip-

.../...

tion médicale en fonction de l'état des malades présents à un moment donné. Du fait du caractère aigu de beaucoup de cas, de la proximité des services voisins et de l'absence du service de sécurité, elles sont le plus souvent fermées.

Les fenêtres en verre incassable, sont condamnées, les vasistas sont ouvrables et actuellement non bloqués sauf en ce qui concerne deux chambres dites de sécurité récemment aménagées qui n'existaient pas pendant la période sur laquelle porte notre travail.

Enfin existent toujours au même étage une salle de télévision, un salon de réunion et un réfectoire pour les malades, quelques bureaux pour la surveillante, la secrétaire et l'assistante sociale, les médecins, une salle de soins où se trouvent les médicaments, une salle de réunion pour les médecins et les infirmières.

Les locaux du rez-de-chaussée sont utilisés pour des activités d'ergothérapie (peinture, sculpture, poterie, vannerie, menuiserie, émaux, ...).

B) - L'ENCADREMENT EN PERSONNEL

Il est assez important et comprend : le personnel médical et le personnel infirmier.

- a) le personnel infirmier est constitué de deux équipes de jour (matinée et après-midi) comprenant chacune :

- 3 infirmier(e)s
- 2 aides-soignant(e)s
- 2 moniteurs-soignants qui sont des brancardiers ayant reçu une formation de moniteur d'ergothérapie.

Les nuits sont assurées par deux équipes se partageant la semaine. Chaque équipe comprend :

- 1 infirmier(e)
- 1 aide-soignant(e)
- 1 brancardier éventuellement

Afin d'assurer une continuité et une cohésion des équipes soignantes durant toute la journée les différents membres d'une même équipe ne commencent pas leur travail à la même heure et deux infirmières ont leurs horaires empiétant sur ceux de matinée et de

nuît. La surveillante dont le rôle d'organisation et de coordination est très important a son horaire étalé sur la matinée et l'après-midi. Une monitrice à temps plein est responsable de l'équipe d'ergothérapie à laquelle participent tous les soignants non médecins y compris les externes.

L'origine de ce personnel est variable : diplôme d'état ou des hôpitaux psychiatriques avec ou sans expérience acquise dans des institutions analogues. Les moniteurs-soignants et les aide-soignants ont reçu une formation dans le service et à l'occasion de stages divers.

- b) le personnel médical a une densité importante qui ~~a été décidée dans~~ l'optique d'une prise en charge psychothérapique intensive pendant l'hospitalisation à raison (comme base de calcul) d'une demi-heure consacrée à chaque malade tous les deux jours. Cette prise en charge devant être poursuivie, du fait du principe de la continuité des soins, dans des consultations de post-cure assurées, pour les malades hospitalisés, par des médecins du service sauf s'il y avait une prise en charge antérieure à l'hospitalisation.

Il comprend (au terme de la période étudiée pendant laquelle il s'est peu à peu augmenté):

- 4 médecins à temps plein dont le chef de service
- 3 médecins à temps partiel auxquels s'ajoutent depuis 1965, 2 internes qui ont, à peu de choses près, la même fonction
- 8 externes ou élèves hospitaliers (depuis 1967)
- 2 psychologues et une assistante sociale

A partir de 17 heures, trois psychiatres, anciens internes du service, se répartissent les gardes de nuit jusqu'au lendemain matin, 9 heures. Ils sont en contact avec un des médecins du service à 17 heures et participent à la réunion du matin. Ils ont été particulièrement stables, ce qui montre leur bonne intégration à l'équipe.

En plus de la prise en charge des malades, les médecins assurent les consultations externes, les contacts avec les familles, avec les autres institutions. Enfin, ils ont un rôle d'enseignement tant au niveau du personnel que des étudiants.

C) - LE RECRUTEMENT DES MALADES

Il est sélectionné :

a) du point de vue sociologique

Le service a une spécialisation relative pour les adolescents et les adultes jeunes, étudiants en particulier.

Leur admission se fait soit par consultation en urgence ou non, demandée par d'autres médecins, soit par transfert à partir d'autres institutions parisiennes.

Cette spécialisation est relative car une autre partie du recrutement, de moindre importance cependant, est assurée par la clientèle des médecins travaillant à temps partiel dans le service ainsi que par les appels au psychiatre émanant des autres services de l'hôpital général (médecine, chirurgie, obstétrique et réanimation).

En définitive, comme l'a montré l'étude de G. FERREY, J.-F. DREYFUS et H. FLAVIGNY (1), l'origine est en forte proportion estudiantine, (sectorisation non pas géographique mais sociologique : notion d'"intersecteur étudiant"), l'âge moyen des malades est inférieur à celui des autres services de l'hôpital général, le pourcentage des étrangers est important (21 % de la population du service).

b) du point de vue pathologique

80 à 85 % de la population du service est constitué par des malades psychotiques au sens large, le reste comprenant essentiellement des névroses graves.

c) de la mixité

Le service fonctionne sur le régime de la mixité : les hommes et les femmes ne sont pas hospitalisés dans des ailes distinctes ; les chambres sont affectées aux hommes et aux femmes au fur et à mesure des entrées.

Enfin il faut noter qu'il existe une prédominance féminine dans la population hospitalisée (41 % d'hommes et 59 % de femmes).

(1) - données statistiques sur le fonctionnement du service de psychiatrie de l'H. I. U. P. (Semaine des Hôpitaux, année 1970, N° 17).

D) - LE MODE DE FONCTIONNEMENT

Il est éclectique et comprend plusieurs éléments :

- le travail institutionnel en équipe
- les réunions et activités de groupes de malades à visée indirectement thérapeutique
- la prise en charge thérapeutique
- la sortie et la post-cure

a) le travail institutionnel en équipe comprend :

= le "flash" matinal, réunion de tout le personnel médical et infirmier, durant en moyenne une demi-heure, consacrée à la diffusion des informations sur ce qui s'est passé dans le service depuis la veille : entrées, sorties, incidents, activités de l'après-midi. Cette diffusion se fait oralement et à partir de la lecture du cahier des infirmières, rapport quotidien et individuel fait sur chaque malade par chacune des trois équipes. Elle donne lieu à des échanges entre les membres de l'équipe et à des explications apportées par le médecin responsable.

Une fois par semaine ce "flash" consiste en une revue systématique et rapide de tous les malades. Deux fois par semaine la réunion, plus longue, est consacrée à la présentation d'un dossier, à une discussion sur un sujet théorique ou sur un problème pratique actuel du service ce qui permet d'assurer la formation des participants, de remettre en cause les structures et les modes de fonctionnement qui, de fait, varient au cours de la période étudiée en fonction de l'arrivée de personnel aux expériences diverses, une certaine constance étant assurée par les permanents de l'équipe.

= un certain nombre de réunions d'une partie du personnel ayant un but précis (organisation des gardes, enseignement pour les externes et les infirmières, discussion des observations, post-groupe suivant les réunions de malades, discussion de problème particulier à chaque sous-groupe - médecins, infirmiers, externes-).

= un des médecins hospitaliers prend contact chaque semaine avec l'équipe de nuit et organise une réunion avec elle et le médecin de garde.

.../...

- b) les réunions ou activités collectives à visée indirectement thérapeutique sont nombreuses et variées.

Le chef de service assure une fois par semaine, une réunion facultative de tous les malades pendant laquelle se discutent sur un mode libre et assez gratifiant différents problèmes proposés par les soignés.

Les internes assument deux fois par semaine, une réunion de groupe pour chaque aile à laquelle participent les malades intéressés, quelques externes et infirmières. Ces réunions ne sont pas de véritables psychothérapies de groupe mais bien plutôt destinées à permettre à l'équipe soignante d'aborder les problèmes posés par les conflits à l'intérieur de l'institution (conflits entre malades, entre malades et soignants). Un post-groupe réunit les soignants présents à la réunion et un superviseur afin de faire le point sur ce qui s'y est passé et sur les problèmes évoqués.

A peu près tous les jours, les ateliers d'ergothérapie sont ouverts aux malades qui s'y rendent de leur propre chef ou sur indication médicale. Quelques fois par semaine sont organisées des activités sportives intérieures ou extérieures selon les possibilités.

Enfin les malades ont une vie sociale autonome représentée par :

- la gestion, qui subit des aléas, du bar et de la caisse d'ergothérapie.
- l'organisation de distractions (lecture, théâtre, discussion, visites d'exposition, ...) pendant les moments libres de la journée et les deux soirées tardives dont ils choisissent le jour.

- c) la prise en charge thérapeutique

Elle est assurée par un médecin pour chaque malade (doublé d'un externe à qui incombe la prise et la rédaction du dossier psychiatrique). Le médecin est responsable du traitement chimique et psychothérapique, des permissions et de toutes les mesures concernant le malade. Il faut noter que le personnel infirmier a un rôle majeur au niveau du concret assurant en permanence le contact avec le malade, suivant en "prise directe" son évolution, au niveau de l'élaboration et de l'exécution de tous les actes thérapeutiques (prises des médicaments, permissions, ergothérapie, réunions de groupes) ; ce rôle a cependant une im-

portance variable en fonction des médecins responsables qui n'ont pas tous exactement le même mode de travail.

d) la sortie définitive

Elle est le plus souvent préparée par des permissions autorisées, très largement employées, parfois précédées d'une période de sorties quotidiennes afin de se rendre à son travail avec hébergement dans le service.

Elle est décidée par le médecin responsable du malade après discussion avec le reste de l'équipe. Elle est suivie d'une post-cure en consultation externe assurée par le même médecin.

7

DESCRIPTION DES CIRCONSTANCES DES INTERNEMENTS

DOCUMENTS UTILISES

Nous avons utilisé les documents suivants :

- le dossier psychiatrique dont l'établissement est à la charge des externes ; avant leur arrivée dans le service, les médecins le rédigeaient eux-mêmes ;
- le cahier des infirmières depuis qu'il existe ;
- un certain nombre d'interviews des équipes médicales et infirmières.

MODE D'UTILISATION

Dans chacun de ces documents nous avons utilisé deux sortes de renseignements ;

- les renseignements positifs, c'est-à-dire ce qui est écrit dans les dossiers ;
- les renseignements négatifs qui sont en rapport avec la forme des dossiers : compte-rendu fait au jour le jour ou après-coup ; compte-rendu existant ou non
 - présence ou non du certificat d'internement
 - existence ou non de la trace de la discussion ayant précédé la décision d'internement.

Tous ces éléments constituent des indices concernant la nature de l'internement, indices qui sont certes à pondérer du fait de l'existence d'un système administratif, de problèmes d'organisation, de temps, etc...

A cause du manque de référence, ils ne peuvent être considérés comme ayant une valeur indicative certaine, mais pourtant, comme il nous a été possible de le vérifier à l'intérieur de notre travail, ils possèdent une valeur indicative probable, qui, lorsqu'elle coïncide avec d'autres éléments, peut être très précieuse.

.../...

OBSERVATIONS RESUMEES DES MALADES INTERNES

Observation N° 1

Monsieur B. G., âgé de 27 ans, de nationalité nigérienne, étudiant en fin d'études médicales entre dans le service en urgence, présentant un état d'excitation psychique, un délire diffluent et des hallucinations ; pas d'antécédents connus ; on porte le diagnostic de bouffée délirante. Il est mis à un traitement chimique. Son état ne se modifie pas, par ailleurs il refuse son traitement et est menaçant à l'égard du personnel ; il est interné à la suite d'un séjour de deux jour.

Observation N° 2

Mademoiselle M. P., étudiante de 22 ans, entre en urgence présentant un état délirant paranoïde à thèmes de mort menaçante, à thèmes mystiques, l'ensemble ayant une note mégalomaniaque nette (tout est centré sur elle ...). Pas d'antécédents connus. Au bout de quelques jours, des bouffées anxieuses extrêmement importantes surviennent et devant le risque de défenestration, vu les conditions du service, il est procédé à l'internement.

Observation N° 3

Monsieur R. S., cadre moyen de 26 ans, entre dans le service dans un état psychotique aigu avec thèmes dépressifs sévères. Il est à noter deux points : la veille de son hospitalisation il s'était présenté à la consultation des urgences dans un état analogue mais cependant moins marqué : il avait refusé l'hospitalisation qu'on lui proposait et était reparti chez lui accompagné de sa femme à qui avait été confié un certificat d'internement ; par ailleurs il avait été hospitalisé quelques mois auparavant dans notre service pour un état anxieux aigu avec délire et dépression. Le lendemain de son entrée, le risque d'auto- et d'hétéro-agression paraît trop important pour les conditions du service et le malade est interné.

Observation N° 4

Mme V. A., domestique espagnole de 24 ans est amenée dans le service en urgence dans un état d'excitation maniaque avec thèmes délirants. Dans ses antécédents, on a la notion de

.../...

psychose maniaco-dépressive ayant nécessité en Espagne des traitements et des internements à plusieurs reprises. La chimiothérapie permet la sédation de l'excitation psychique mais une instabilité thymique persiste. Au bout d'un mois de séjour, la malade demande sa sortie afin de rentrer dans son pays. Celle-ci est accordée car l'entourage socio-familial constitue une entrave à son amélioration et car Madame V. A. semble décidée à consulter son psychiatre habituel. Le jour prévu pour sa sortie, elle a une permission pour aller régler quelques formalités avant de revenir chercher ses affaires. A son retour, elle est agitée, sthénique, et agressive ayant fait un esclandre à l'extérieur. Par ailleurs elle refuse son traitement ambulatoire et son état ne semblant plus autoriser sa sortie, elle est internée par le médecin de garde avec l'accord de son médecin responsable.

Observation N° 5

Monsieur L. P., étudiant français d'origine ivoirienne de 29 ans, entre en urgence pour un état subconfusionnel avec présentation de semi-clochard. Sa tendance au mutisme cache mal un état délirant qui semble assez important. Pas d'antécédents connus. Malgré une chimiothérapie il reste agité et anxieux, réclamant sa sortie, que n'autorise pas son état, avec une insistance menaçante; il est interné au bout de trois jours.

Observation N° 6

Monsieur N. B., étudiant nigérien de 21 ans, entre en urgence présentant un état d'agitation intense avec incohérence des propos parfois incompréhensibles, parfois délirants. Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques connus. Le diagnostic de bouffée délirante avec excitation est posé. Trois jours plus tard malgré la chimiothérapie le malade est encore agité. Refusant son traitement, il est interné.

Observation N° 7

Monsieur D. M., étudiant malgache de 33 ans, entre en urgence présentant une bouffée délirante à thèmes persécutifs avec hallucinations, certains éléments de dépersonnalisation et des thèmes dépressifs récemment apparus et qui ont justifié son hospitalisation. En effet, une hospitalisation précédente de 15 mois pour les mêmes symptômes s'était terminée trois semaines auparavant lorsque les thèmes délirants et la dépersonnalisation avaient perdu leur acuité. Un traitement chimiothérapique associant neuroleptiques et anti-dépresseurs est institué qui entraî-

ne certes une diminution de la dépression mais aussi une aggravation du délire en particulier dans ses thèmes de persécution avec méfiance et réticence à l'égard de l'entourage. L'adhésion au délire est de plus en plus nette tant et si bien qu'en pleine nuit se sentant menacé par son voisin de chambre, endormi, il lui casse une bouteille d'eau minérale sur la tête. Il est interné le lendemain matin et ce, d'autant plus qu'il refuse son traitement.

Deux mois plus tard, son état semblant bien amélioré (en particulier critique nette et affirmée de son délire et de son acte agressif) il est réhospitalisé en service libre. Bientôt réapparaissent des thèmes délirants identiques et la crainte de le voir récidiver fait proposer à la famille deux solutions : rapatriement sanitaire à Madagascar ou internement préventif, solution qui est finalement adoptée.

Observation N° 8

Monsieur E. R., 27 ans, sans profession stable, entre dans le service en proie à une agitation psycho-motrice avec excitation maniaque, délire à thèmes persécutifs et hallucinations. Enfin il paraît agressif et "au bord de l'impulsion". Dans ses antécédents, on note qu'il a été interné deux ans auparavant à l'occasion d'un état analogue et que depuis, régulièrement suivi, il a présenté des épisodes alternants d'excitation et de dépression dont l'atypicité a fait porter le diagnostic de schizophrénie. Mis à un traitement chimique important. Devant la persistance du même état et la demande véhémement de sortie il est interné trois jours plus tard.

Observation N° 9

Monsieur Y. T., 68 ans, entre dans le service, venant d'un service de médecine, présentant un syndrome démentiel accompagné de troubles du comportement dont la persistance associée à la situation de famille empêche le retour au sein de celle-ci. Internement au bout de 18 jours.

Observation N° 10

Monsieur X. L., étudiant en droit gabonais de 29 ans, entre en urgence présentant un état schizophrénique aigu typique, avec délire paranoïde à note persécutive, syndrome d'influence, troubles du cours de la pensée, etc... On lui connaît des antécédents psychiatriques depuis deux ans constitués par une

.../...

baisse du rendement intellectuel, instabilité dans son comportement. Malgré un séjour d'un an dans une clinique médico-psychologique son état ne s'est pas amélioré. Dans le service, malgré le traitement, le risque d'~~auto~~impulsion auto et hétéro-agressive semble si important que l'internement est décidé au bout de trois jours.

Observation N° 11

Monsieur C. A., 37 ans, attaché culturel dans une maison universitaire, est amené dans le service en urgence, accompagné par un ami, venant d'un foyer d'étudiants où son comportement inquiète depuis quelques jours : en effet, il vient tous les jours voir le directeur en menaçant de se suicider et refuse de consulter un médecin. Pas d'antécédents connus.

A son entrée, il est très déprimé, mais ce qui frappe c'est la négation de l'état morbide, la méfiance à l'égard de l'entourage, tous symptômes qui notent l'atypicité de l'état dépressif. Cette entrée se fait dans une ambiance assez anxieuse du fait des appels répétés du directeur du foyer d'étudiants et du bruit courant que le malade est en possession d'une arme à feu. De plus, il se refuse, pendant une partie de l'après-midi à signer son admission acceptant cependant les prescriptions d'urgence. Finalement on décide un internement et on profite de l'arrivée des ambulanciers pour fouiller le malade qui ne possède pas d'arme et qui accepte sur ces entrefaites de signer son entrée. L'internement est annulé. Le lendemain en fin d'après-mid, la journée ayant été calme, il refuse très nettement son traitement. L'internement est alors décidé et effectué le jour même.

Observation N° 12

Monsieur G. L., étudiant de 25 ans, entre dans le service en urgence, présentant une anxiété massive, une prostration et un délire à thèmes persécutifs. On lui connaît une baisse du rendement intellectuel depuis plusieurs mois. Le diagnostic de poussée aiguë dans le cadre d'une schizophrénie est posé. On met en route une chimiothérapie neuroleptique massive qui entraîne une amélioration mais celle-ci se révèle précaire car une semaine plus tard les mêmes symptômes se réaffirment. En même temps, se développe une tendance impulsive qui le rend dangereux. Au bout d'un mois de séjour, sans que nous ayons d'autres détails du fait de l'absence du cahier d'infirmières, le malade est interné.

Observation N° 13

Monsieur O. K., étudiant en droit de 29 ans, est adressé dans le service par l'établissement de cure anti-tuberculeux où il était pour une P. S. F. d'origine tuberculeuse, car des troubles du comportement (refus du traitement, agitation, méfiance) sont peu à peu apparus. Pas d'antécédents connus.

Dans le service en effet il présente un délire de persécution de style paranoïaque très prégnant, intégrant de nombreux éléments : sa race, sa maladie, un certain nombre d'événements politiques. Il est assez agité, agressif passant sa soirée à déambuler dans le couloir, invectivant toute rencontre. Le lendemain soir, alors qu'il a été calme pendant toute la journée, il refuse obstinément son traitement et tente de partir en enfonçant la porte. Il est alors interné par le médecin de garde.

Observation N° 14

Monsieur X. G., étudiant indonésien de 26 ans, entre en urgence présentant une angoisse massive, un délire à thèmes de transformation corporelle ; il a de gros troubles du cours de la pensée et est extrêmement méfiant. Pas d'antécédents psychiatriques connus. On pose le diagnostic de bouffée délirante. D'emblée il refuse tout traitement, cherche à fuir et ce, pendant deux jours, jusqu'à ce qu'il soit interné.

Observation N° 15

Mademoiselle S. D., 22 ans, sans profession fixe, entre dans le service en urgence, dans un état non précisé par le dossier mais qui, d'après le cahier des infirmières, est délirant par contre on a connaissance d'un long passé psychiatrique constitué par des internements, hospitalisations, séjours en prison successifs tant en France que dans son pays d'origine. Elle est internée le lendemain sans que là non plus les circonstances soient précisées ("après une nuit calme" note-t'on dans le cahier d'infirmières).

Observation N° 16

Mademoiselle A. F., étudiante de 26 ans, entre en urgence présentant un état maniaque délirant dans lequel elle oppose avec véhémence et conviction les Africains possesseurs de la force vitale aux Européens représentants d'une race intellec-

.../...

tuelle et dégénérée. Le soir même elle refuse son traitement, demande avec insistance sa sortie et s'agite, devant la réponse négative, en cassant quelques carreaux. Elle est internée sur le champ.

Observation N° 17

Monsieur E. M., étudiant de 23 ans, entre dans le service en urgence, présentant un état catatonique. Il a déjà eu une hospitalisation un an auparavant pendant laquelle le diagnostic d'hébéphrénie a été posé ; depuis il est régulièrement suivi à la consultation.

A son entrée, il est quasi mutique, refusant le contact verbal, déambulant sans cesse dans le couloir du service. "Etrange, triste, fumant en permanence" (toutes les citations sont extraites du cahier des infirmières) ; par contre il n'est pas du tout opposant à son traitement. Trois semaines plus tard il est nettement moins isolé, acceptant le contact, souriant au cours de ses va et vient. Quelques jours plus tard il commence à parler du suicide, l'exposant dans ses buts et ses moyens et a "un air réjoui à l'annonce du suicide de X (un autre malade)".

Ainsi, pendant un mois et demi il va continuer à parcourir le service parlant avec quelques pensionnaires et surtout avec les infirmiers du suicide en général et en particulier en demandant que cela soit bien écrit dans le cahier de rapport disant parfois : "je n'en ai plus pour longtemps à vivre, quand je sortirais je me suiciderais". Malgré cela, il a quelques permissions qui, dans l'ensemble, se passent bien.

Au bout de deux mois et demi de séjour il semble se replier sur lui-même, devient plus anxieux et son état ne s'étant pas modifié positivement en trois mois, malgré les essais thérapeutiques divers, le risque suicidaire semblant plus important qu'auparavant il est finalement interné.

Observation N° 18

Madame J. A., âgée de 88 ans, est transférée dans le service venant du service de médecine de l'Hôpital où elle était hospitalisée pour un état confusionnel survenant sur un fond de détérioration mentale d'origine athéroscléreuse. La famille n'étant pas en mesure de la reprendre à son domicile, la malade est internée quelques jours plus tard.

Observation N° 19

Monsieur T. V., âgé de 26 ans, sans profession stable, entre en urgence présentant un état anxieux et délirant important. Il a déjà été hospitalisé deux ans auparavant à l'occasion d'une 4ème ou 5ème bouffée délirante. Le lendemain il enfonce la porte du service et va chez lui d'où il est ramené par sa mère ; vu son état et les conditions matérielles du service il est interné le jour même.

Observation N° 20

Monsieur E. D., étudiant haïtien de 26 ans, est amené en urgence présentant un état délirant majeur avec thèmes mystiques, sentiments d'hostilité de l'ambiance, syndrome d'influence, sentiments de dépersonnalisation ; il accepte son hospitalisation. Pas d'antécédents connus.

On note sur le cahier de rapport : "entrant très excité, refus de médicaments ; aucune discussion possible. Coléreux, devient agressif". A la suite d'une tentative d'injection le malade devient plus agité et le jour même il est envoyé en placement volontaire au C. P. O. A. Cet internement avorte car "aucune place ne lui est trouvée" et il revient dans notre service le soir même, retour fort mal accepté par le personnel de service ce soir-là : " ... comment se fait-il qu'un malade jugé dangereux dans la journée, alors que le personnel est suffisant pour l'entourer, nous soit ramené la nuit, sans autre traitement qu'une promenade à travers Paris ?".

Au début de son hospitalisation, il est très délirant, raisonnant à longueur de journée et de nuit, exposant ses idées à tout le monde, écrivant continuellement sur des petits bouts de papier des mots, des phrases, des versets de la bible qu'il sème partout, priant, faisant du yoga, s'entourant d'un rituel conjuratoire avant chaque repas, chaque prise de médicaments ... Souvent très anxieux il déambule dans le couloir appelant les infirmiers, jouant avec l'eau, l'interphone ...

Son délire fatigue beaucoup ; on remarque dans le cahier de rapport une note faite par un infirmier connu pour son humour : "trop intelligent ... nous tient des discours graves et sûrement intéressants que nous avons du mal à suivre et à digérer en fin de semaine et à cette heure tardive". Enfin, il est noté "ses rapports ~~avec~~ bien adaptés avec les autres malades ainsi que sa docilité (sauf pour les médicaments)".

Mais après une semaine de séjour vont apparaître des remarques concernant son impulsivité : "volubile, exalté, bien

près de l'impulsion ... semble pouvoir passer de la douceur à la violence avec beaucoup de facilité ..." Le sentiment d'inquiétude s'accroît, sans que l'on trouve de correspondance dans le dossier médical. Cependant il est à noter que la qualité des remarques varie en fonction des différentes équipes.

Quelques jours plus tard, il prend la défense d'une façon aussi chevaleresque que brutale d'une autre malade : "coups de poings, de chaise ... tape de toutes ses forces contre l'adversaire ... très jugulable quand il est avec moi" note une infirmière. Après quelques jours de détente tant chez lui que chez le personnel, l'angoisse remonte : "moins souriant, plus sévère, semble avoir escaladé un étage de plus dans l'impulsion ... a le regard beaucoup plus inquiétant et le geste beaucoup plus difficilement contenu ... sombre, plus inquiétant ... au bord de l'impulsion".

Dans le dossier médical rien de spécial à noter pendant cette période (trois semaines et demie) jusque une date donnée à laquelle il est indiqué que plusieurs autres établissements ont été cherchés et que finalement un transfert dans un autre service, sous forme de placement volontaire a été effectué sans incidents (durée totale du séjour un mois).

Observation N° 21

Monsieur H. J., étudiant afghan de 22 ans, entre en urgence présentant un état dépressif réactionnel à des difficultés d'adaptation à la France (en particulier à la langue) avec grande anxiété et manifestations hystériques. Pas d'antécédents connus.

Les manifestations hystériques sont assez importantes pendant une dizaine de jours pendant lesquels il se pavane dans le service, provoquant et invectivant tant les malades que les membres du personnel. Puis suit une période à peu près aussi longue au cours de laquelle il est tant dans son humeur que dans sa sociabilité bien amélioré. Ensuite, l'état initial réapparaît de façon encore plus provoquante et ce malgré ou et du fait d'une menace d'internement. Cette menace est réalisée, pendant une garde, à la suite d'une bagarre avec un membre du personnel. (Un mois de séjour).

Observation N° 22

Monsieur A. H., 29 ans, entre en urgence dans un état psychotique aigu constitué d'un syndrome d'influence important,

.../...

d'une anxiété massive le mettant au bord d'un passage à l'acte. Enfin il existe une importante rationalisation des symptômes. Ce malade nous était connu depuis quelques jours car il s'était présenté à la consultation très anxieux, ayant une grande demande thérapeutique dans un état qui avait semble être "une décompensation d'une structure névrotique réactionnelle à la situation socio-professionnelle actuelle".

Dans le service, il est mis à une chimiothérapie. Son état s'aggrave assez régulièrement. Monsieur A. H. devient de plus en plus anxieux, opposant au traitement, assez agressif, "au bord de l'impulsion" ; puis son délire se structure sur un mode persécutif très net par rapport :

- aux autres malades qu'il accuse de lui faire des propositions homosexuelles ;

- à sa femme vis-à-vis de laquelle il change complètement de comportement, d'abord très amoureux et admiratif, puis lui téléphonant sans cesse, la soupçonnant d'infidélité, la menaçant et l'injuriant ;

- aux médecins qui se servent de lui comme cobaye. Le récit de l'évolution tant sur le dossier médical que sur le cahier de rapport est rigoureusement parallèle, l'un étant l'explication de l'autre.

Dans ce dernier, on sent monter la menace, la peur que l'on n'arrive pas à contrôler la situation : "l'atmosphère est de plus en plus lourde".

Au bout de trois semaines de séjour le malade est interné après qu'on lui en est expliqué les raisons au cours d'un entretien dramatique entre lui, sa femme et le médecin.

Observation N° 23

Monsieur S. G., représentant de commerce de 35 ans, entre en urgence dans un état de subexcitation maniaque avec quelques éléments délirants sans automatisme mental, ni hallucinations ni insomnie vraie. On lui connaît quelques accès plus ou moins délirants et excités depuis l'âge de 21 ans et le diagnostic porté indique "excitation atypique chez un petit déséquilibré sans dissociation".

L'épisode actuel correspond à une aggravation du conflit familial, fait de rivalité réciproque des mère, belle-mère et épouse de Monsieur S. G., conflit durant depuis plusieurs années.

La première semaine d'hospitalisation est assez éprouvante pour le personnel infirmier du fait, certes de la subexcitation, mais surtout du caractère collant, moqueur et hautain de ce malade : "très accaparant ..., demande souvent quelque chose et attend qu'on le serve immédiatement", faisant sentir que les choses importantes se règlent entre lui et son médecin, par-dessus leur tête. Puis, au contraire, pendant quelques jours, son calme, sa docilité sont appréciées. Enfin, brutalement l'impression change : "sous un aspect douxereux, mielleux, est très agressif, en garde contre le personnel soignant". Cette modification coïncidant avec l'annonce de sa sortie qu'il a lui-même demandée.

Il redevient comme à son entrée, mais plus agressif (verbalement) que moqueur. Sort quelques jours plus tard, prévenu que s'il se représente, il sera interné ; ce qui est réalisé peu après à partir de la consultation (en réalité il s'agissait d'un placement volontaire et le certificat donné à la famille n'a pas été utilisé).

Observation N° 24

Madame E. B., sans profession connue, âgée de 38 ans, entre en urgence dans un état d'excitation maniaque nette possédant une note opposante et caractérielle importante. On lui connaît des antécédents de psychose maniaco-dépressive ayant nécessité déjà plusieurs internements. Malgré le traitement chimique l'aggravation de l'opposition et de l'agressivité, allant jusqu'à gifler quelques membres du personnel entraînera son internement au bout de quatre jours.

Observation N° 25

Monsieur Y. C., aide-comptable de 31 ans, entre en urgence présentant un état dépressif mélancolique avec délire sur des thèmes mystiques, exagération d'une hyper-religiosité personnelle et familiale antérieure. Il n'y a aucun élément en faveur d'un processus dissociatif. Pas d'antécédents connus.

Assez rapidement sous chimiothérapie anti-dépressive, la dépression s'amende tandis que le délire reste stationnaire, voire même croissant. Le malade prie plusieurs fois par jour, il bénit les foules et ses médicaments avant de les refuser ou de les accepter seulement au vu de l'autorisation écrite de sa femme. Interprétant les faits et gestes de chacun, expliquant ses pensées, bien qu'assez fatiguant il est encore relativement toléré. Bientôt survient un virage maniaque le délire plus ou moins bien structuré fournit le matériel à une excitation importante avec insomnie quasi totale ses nuits étant occupées par des sermons incessants et des activités aussi nombreuses que variées. Dès lors

il est beaucoup moins bien toléré et des pressions sont exercées sur son médecin qui accepte de majorer le traitement mais refuse de l'interner. Finalement quelques jours plus tard, au bout de trois semaines de séjour, le malade est interné par l'équipe médicale en l'absence du médecin responsable qui d'après le dossier ne semblait pas tout à fait d'accord.

Observation N° 26

Mademoiselle D. O., étudiante de 26 ans, a été transféré dans le service après avoir fugué du service de médecine, où elle était hospitalisée. Elle présentait un état délirant. Le diagnostic de schizophrénie a été porté. L'hospitalisation dura six mois pendant les quels un des médecins débuta une psychothérapie qui fut continuée en ambulatoire, après sa sortie, puis réorientée au bout de deux mois vers un autre psychothérapeute.

C'est à l'occasion de ce changement qu'elle est réhospitalisée à partir de la consultation où elle a eu une grande crise d'agitation avec agressivité verbale et gestuelle à l'égard de son premier médecin. Le lendemain matin, elle est toujours aussi agressive malgré le traitement auquel elle s'oppose d'ailleurs réclamant sa sortie avec force et menaces. L'état ne se modifiant pas elle est internée le jour même.

Observation N° 27

Monsieur L. B., 25 ans, sans profession stable, est admis en urgence présentant un état dissociatif important avec grande anxiété. Des antécédents péjoratifs lui sont connus : nombreuses hospitalisations pour épisodes analogues, instabilité professionnelle et sociale dans les divers foyers où il a été hébergé. Le traitement chimique entraîne une diminution de l'anxiété mais on note dans le cahier de rapport qu'aucun investissement n'est fait ni par le patient ni par le service à l'égard de l'autre ; seuls sont signalés quelques refus de médicaments et quelques sorties sans autorisation.

Finalement, après un séjour de trois semaines, la sortie, bien que prématurée, est accordée. Trois jours plus tard, ayant interrompu brusquement son traitement il se présente à la consultation dans le même état ; il y est interné.

Observation N° 28

Mademoiselle T. X., étudiante de 18 ans, entre en urgence présentant des troubles du comportement de type hysté-

rique. Elle est déjà suivie à notre consultation depuis deux ans à la suite d'une hospitalisation pour les mêmes raisons. Mise à un traitement chimique discret l'accent étant mis sur la psychothérapie associée à des consignes disciplinaires différenciées qui doivent permettre l'isolement du milieu familial d'une part et d'autre part la non-interruption de l'activité professionnelle.

Le cahier de rapport constitue une relation minutieuse des divers contacts qu'elle a dans le service et, bientôt, de ses nombreuses tentatives de suicide par des moyens variés : (barbituriques, section de poignet, pendaisons) et des consignes qu'elles entraînent. C'est finalement à cause des risques existant du fait de l'absence de chambre de sécurité que l'internement, réclamé avec insistance par le personnel et le reste de l'équipe médicale, est décidé.

En fait, elle est transférée dans une clinique avec un certificat d'internement qui ne sera pas utilisé, car elle s'y calma rapidement. Ce qui montre que les craintes de l'équipe étaient nocives sur le plan thérapeutique.

Observation N° 29

Monsieur J. H., étudiant suisse de 20 ans, entre dans le service dans un état dissociatif grave avec hallucinations importantes, angoisse massive et excitation psychique. Ce malade est suivi depuis un an à la consultation après avoir été hospitalisé chez nous pour un tableau analogue un an auparavant. Le dossier médical décrit un état d'anxiété très important soutenant une excitation atypique, qui au bout de 2 à 3 mois s'est atténuée progressivement ; puis le malade s'intégra peu à peu aux activités du service ; enfin la sortie, très progressivement réalisée, fut décidée au bout de six mois avec de multiples prises en charges psycho-et socio-thérapeutiques.

Le cahier d'infirmières constitue une relation précise de cette évolution et montre une bonne tolérance de l'équipe malgré la complexité et la richesse symptomatique de ce malade grave. Par contre, dès sa ré-entrée il est très mal toléré tant par les anciens de l'équipe soignante que par les malades qui l'ont connu. Il constitue un sujet de conflit entre les "pour" et les "contre".

Cette intolérance est cependant verbalisée sous forme d'une lettre adressée par une infirmière au médecin de ce malade se refusant "absolument à être une sainte qui accepterait de s'occuper de votre J."

Le rejet persiste et l'intolérabilité de J. . s'accroît d'autant

.../...

à l'égard d'une des équipes. Finalement une espèce de statu quo est constituée : J. peut se promener dans le service mais, s'il s'agite, il doit être mis dans sa chambre, ce qui arrive finalement assez fréquemment et se passe de façon plus ou moins difficile en fonction de nombreux facteurs : la date (coïncidence du 14 juillet), les autres malades et enfin l'équipe.

Finalement, un soir, enfermé dans sa chambre, il se défenestre au cours d'un accès anxieux et délirant particulièrement important et est retrouvé suspendu dans le vide, accroché par un pied au filin tendu au-travers de l'ouverture du va-sistas qu'il avait démonté. Récupéré tremblant, il est changé de chambre et médiqué. Il réclame "une garde particulière pour la nuit vus les événements" et la passe calmement. Mis en service fermé le lendemain matin après 18 Jours de séjour.

Observation N° 30

Monsieur E. F., étudiant malien de 21 ans entre en urgence (après une hospitalisation en service fermé pendant quelques jours faute de place). Il présente un état catatonique avec des hallucinations et un délire peu exprimé du fait d'un mutisme quasi total ; sa seule relation avec le service se limite à des pseudo-tentatives de sortie dès que quelqu'un s'approche d'une porte. Pas d'antécédents connus.

Différents traitements (chimiothérapie, puis packs, puis sismothérapie) sont effectués sans résultats et il reste dans le même état d'ambulatoire silencieux dans le service avec toujours aussi peu de contact. Au bout de un mois il semble déprimé et fait quelques gestes suicidaires symboliques (se ser- re la gorge sans conviction avec sa serviette, inspecte les fen-êtres).

Il est à noter que pendant toute cette période on parle fort peu de ce malade, jusqu'à ce qu'on lui consacre une réunion au cours de laquelle un bilan de son séjour est établi et où l'on prend un certain nombre de mesures visant à l'intégrer davantage dans le service.

Le soir même, une bagarre éclate entre lui et un autre malade qui après avoir été reconduit dans sa chambre, se défenestre avant d'avoir été vu par le médecin de garde. Le lendemain matin, Monsieur E. F., est interné (séjour de deux mois environ) car il a exprimé le projet d'utiliser le même moyen de suicide qu'il savait possible, l'émotion provoquée par le premier accident ayant rendu intolérable l'attente d'un deuxième suicide par un moyen identique.

ANALYSE DES DOSSIERS

Nous allons la faire en fonction de facteurs qui nous ont paru importants :

- la durée du séjour ;
- l'existence ou non d'hospitalisations antérieures dans le service ;
- le diagnostic d'entrée et le mode d'entrée dans le service ;
- la répartition des internements :
 - . au cours des six années étudiées,
 - . selon le sexe
 - . selon le médecin responsable du malade,
 - . selon la nationalité et l'ethnie.
- le motif invoqué pour l'internement.

A) - LA DUREE DU SEJOUR

C'est un facteur important car il conditionne l'établissement d'une relation thérapeutique à travers laquelle le symptôme prend toute sa valeur et sa signification.

Les séjours varient de 1 à 90 jours, leur durée moyenne étant de 16 jours. Leur répartition autour de cette valeur moyenne s'établit comme suit :

12 cas sont supérieurs à)
) 16 jours .
 20 cas sont inférieurs à)

Ce chiffre moyen n'a pas de valeur en soi ; il est plus intéressant de noter que dans nos 30 dossiers (représentant 32 internements car deux malades ont été internés deux fois) ;

17 malades ont été internés au bout de 0 à 4 jours ;
8 malades ont été internés au bout de 12 à 20 jours ;
5 malades ont été internés au bout de 28 jours ;
3 malades ont été internés au bout de 50 à 90 jours.

.....

Ces durées de séjours sont à rapporter au temps d'établissement d'une interaction entre le malade et l'entourage hospitalier, temps éminemment variable mais que l'on peut évaluer à environ 15 jours.

En effet avant cette date, bien que l'entourage ait certainement un rôle, nous n'avons pas constaté dans nos dossiers de changement qualitatif majeur du comportement. Par contre, après cette date, l'entourage, tant dans ses éléments matériels qu'humains, est intégré à la pathologie du sujet et c'est alors que nous avons pu constater dans les observations d'importantes modifications du comportement qui semblaient en relation avec cet entourage. D'autre part 15 jours semblent nécessaires afin d'établir une relation profondément ressentie permettant de supporter un malade grave au point de prendre sa défense malgré sa dangerosité.

Dans la suite de ce travail nous utiliserons souvent ce critère temps et ce que nous appellerons les internements "précoces" ou "tardifs" auront été effectués au bout d'un séjour de moins ou plus de 15 jours environ.

B) - L'EXISTENCE D'UN SEJOUR ANTERIEUR =====

Elle nous semble avoir eu une certaine incidence sur quelques internements (observations N°s 3, 7, 17, 19, 26, 29 en particulier) dans la décision desquels nous constatons que le souvenir laissé par le malade fut déterminant. Ce rôle important n'est pas généralisé comme le montre le fait que 23 des 32 internements ont été faits à la suite du premier séjour.

C) - LES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES =====

Se répartissent comme suit :

- 17 bouffées délirantes et schizophrénies
- 4 manies délirantes
- 1 dépression atypique
- 2 psychoses maniaco-dépressives
- 2 psychopathies comportant cependant des éléments délirants
- 2 névroses hystériques graves
- 2 démences séniles

Les entrées ont toutes été faites en urgence (sauf les deux démences séniles qui ont été transférées à partir des services de médecine de l'Hôpital).

Ces faits témoignent de la gravité de la pathologie et de l'acuité initiale de la symptomatologie des malades qui ont du être internés. Par ailleurs ils montrent que le service ne pratique que rarement l'internement d'emblée et que presque tous les malades qui se présentent sont admis dans la mesure des places disponibles.

D) - LA REPARTITION DES INTERNEMENTS AU COURS DES 6 ANNEES ETUDIÉES

Elle est la suivante :

de mai 1964 à avril 1965	- 9 internements dont 5 "précoces" ;
" " 1965 " " 1966	- 7 " " 5 " ;
" " 1966 " " 1967	- 3 " " 2 " ;
" " 1967 " " 1968	- 4 " " 2 " ;
" " 1968 " " 1969	- 6 " " 3 " ;
" " 1969 " " 1970	- 3 " " 0 " .

C'est-à-dire que le nombre global par an des internements a diminué parallèlement au nombre annuel des internements "précoces". Or nous avons vu que les aménagements de sécurité ont été faits progressivement. Il semble donc que leur introduction a permis de réduire peu à peu le nombre des internements "précoces" par an alors que celui des internements "tardifs" est resté à peu près constant au cours des six années étudiées.

Cette tendance s'est confirmée depuis la fin de la période étudiée, l'aménagement de chambres de sécurité ayant permis d'éviter plusieurs internements "précoces".

E) - REPARTITION DES INTERNEMENTS SELON LE SEXE

On note une forte prédominance masculine :

- dans le nombre global des internements :

. 22 hommes
8 femmes

- dans le nombre des internements "tardifs" :

. 11 hommes
. 2 femmes

.../...

: commonest and best looking of the

common SS
common U

: "colored" commonest and best looking of the

common U

- dans le nombre des internements "précoces":

- . 13 hommes
- . 6 femmes

Elle est d'autant plus remarquable si l'on se souvient que nous avons indiqué plus haut qu'il y a une majorité féminine dans la population du service.

On peut l'attribuer au fait qu'un homme engendre la peur et l'angoisse beaucoup plus fréquemment et plus profondément qu'une femme. Or nous verrons, au cours de l'analyse des motifs des internements que la peur et l'angoisse sont en cause, au moins en partie, dans la totalité des internements.

Cette peur plus fréquente et plus profonde en face de l'homme est "légitimée" dans les cadres de notre étude. En effet on peut noter que les rares cas d'agression (par opposition à agressivité) sont plus souvent le fait d'hommes que de femmes (4 contre 1).

F) - REPARTITION DES INTERNEMENTS SELON LE MEDECIN RESPONSABLE

Dans nos dossiers on constate que :

- 14 malades internés avaient pour médecin responsable un médecin plein mi-temps ;
- pour les 18 autres, le médecin responsable était soit un plein temps, soit un interne.

Il ne semble donc pas y avoir de différence significative.

G) - REPARTITION DES MALADES INTERNES

Elle est la suivante :

- selon la nationalité, on trouve :

- . 13 étrangers
- . 17 français

- selon l'ethnie, on trouve

- . 10 gens de couleur soit 8 internements

.../...

"précoces" et 4 "tardifs" ;

20 blancs soit 10 internements "précoces"
et 10 "tardifs".

Il y a donc, plus d'étrangers dans la population des internés que dans celle du service (21 % selon l'étude citée plus haut). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette prédominance ethnique significative :

- d'une part la pathologie était sans doute plus grave du fait de l'introduction de facteurs de transplantation ;
- d'autre part elle apparaissait plus inquiétante et plus angoissante du fait du halo d'incompréhensibilité et de dangerosité qui entoure l'étranger surtout si sa langue originelle et sa couleur ne sont pas les mêmes que les nôtres.

H) - LES MOTIFS DES INTERNEMENTS

Nous ne ferons pas un énuméré des "causes des internements" car cette présentation claire serait surtout simpliste. En effet comme nous le verrons il n'y a pas de causalité linéaire entre tel fait et l'internement mais bien plutôt une relation complexe entre un problème (la situation de tel malade dans le service à un moment donné) et sa solution (ici, l'internement).

A partir des motifs officiels nous allons tenter d'apprécier cette situation et de voir si l'internement en était une solution satisfaisante.

La loi de 1838 prévoit qu'un certificat d'internement ne peut être signé que lorsqu'il y a dangerosité du malade par rapport à lui-même ou/ et à l'entourage. Depuis l'existence de nombreux services libres ce certificat doit être établi en particulier quand le malade refuse des soins jugés nécessaires.

En fait, nous verrons que ces critères, en apparence claires, sont difficiles à apprécier à partir du moment où on adopte une attitude d'écoute vis-à-vis du patient. Il est plus facile de taxer de dangereux une personne que l'on cherche seulement à étiqueter (d'autant plus que certaines étiquettes signifient dangerosité et inversement) qu'un patient à la demande duquel on cherche à répondre.

Plus facile de taxer de dangereux quand soi-même, inconsciemment, on projette sa propre agressivité sur l'autre, que

lorsqu'on cherche à analyser sa contre-attitude. Plus facile de discerner un refus de soins quand on a une attitude agressive ou défensive à l'égard du malade que lorsqu'on adopte une attitude "normale" et d'écoute.

Malgré cette difficulté d'appréciation ces critères sont encore actuellement utilisés et terminent de façon plus ou moins rituelle le certificat d'internement. C'est donc à partir d'eux, séparés artificiellement, que nous analyserons les dossiers en cherchant à confronter ces motifs, recueillis sur le certificat ou dans les dossiers quand nous ne l'avons pas trouvé, et les autres informations que nous avons pu obtenir.

Malgré ce préambule, nous isolerons d'emblée les deux démences séniles. Ces deux observations (N°s 9 et 18) sont deux placements volontaires effectués du fait de l'existence d'un syndrome démentiel auquel s'ajoutaient dans un cas des troubles du comportement. La spécialisation du service (que ce n'est ni le lieu, ni le sujet de discuter) et l'inéluctabilité du pronostic expliquent l'orientation de ces deux malades qui ne devaient pas bloquer indéfiniment des lits.

Nous étudierons maintenant les dossiers en fonction des deux motifs : dangerosité et refus de soins.

I) - INTERNEMENTS ETUDIES EN FONCTION DE LA DANGEROSETE

L'appréciation de celle-ci est difficile car y interviennent des facteurs liés au malade et d'autres liés à l'observateur. D'une part, la dangerosité, l'agressivité n'est pas une caractéristique absolue du malade mais un mode de relation avec non pas l'entourage en général mais bien plutôt avec certaines personnes de cet entourage ; de plus elle peut très bien être dirigée non pas vers l'extérieur mais plutôt vers l'intérieur, vers le malade lui-même.

D'autre part l'observateur projette son agressivité ; de plus il peut avoir une certaine anxiété que celle-ci lui soit propre ou induite par le groupe auquel il participe. Il doit en être conscient car elle est liée au désir de la faire disparaître c'est-à-dire aux mesures (limitation de mouvements, médications, internement ...) toutes sécurisantes que la mise en évidence de la dangerosité entraînera.

Le danger serait de ne viser qu'à faire disparaître cette anxiété en croyant que seule la dangerosité en est cause.

En raison de ces difficultés nous étudierons successivement l'agressivité manifeste et la latente et dans chacun de ces cas l'auto-et l'hétéro-agressivité.

A) - L'agressivité peut être manifeste

Ces cas sont relativement simples et clairs : il y a eu acte agressif pratiqué par le malade et l'internement est décidé.

1) il peut s'agir d'hétéro-agressivité (Obs 7-13-21)

Même ainsi rapprochées ces trois observations sont assez différentes et ne posent pas les mêmes problèmes :

- la 13 = agression immédiate dans un état délirant
- la 7 = agression au bout de 2 mois et demi dans un état délirant
- la 21 = agression tardive entrant dans une relation hystérique

a) L'observation N° 13 concerne un malade délirant persécuté, assez structuré témoignant de son refus de traitement par une bagarre avec un membre du personnel, nous la discuterons plus loin.

b) L'observation N° 7 décrit l'agression, typique de l'acting-out, sur un camarade de chambre entrant dans un délire de persécution. Elle pose plusieurs problèmes :

- l'incidence du traitement chimique dans l'aggravation et le développement du délire de persécution ;
- comment un délire a-t'il pu durer si longtemps et comment cet échec était-il vécu ?
- l'opportunité de l'internement comme réponse ; il semble que dans un tel cas l'internement a une grande valeur anxiolytique : d'une part au niveau du malade que son aspect limitation, son aspect sanction contribue certainement à décharger d'un sentiment de non contrôle, d'une culpabilité ; d'autre part au niveau de l'entourage, soignant et soigné, que la mise à l'écart du danger rassure.

Il reste cependant un point délicat ; si à court terme, l'internement est très anxiolytique et sécurisant par le fait même que le malade dangereux n'est plus dans le service, ne risque-t'il pas de figer la distribution affective du moment à savoir :

- service Fermé = service sécurisant
- service Ouvert = service angoissant

La redécompensation du malade lors de son retour de service fermé le laisserait supposer. La sécurisation du malade ne doit pas passer par son aliénation et il semble que l'isolement au sein même du service permettrait peut-être d'effectuer ce travail de prise de conscience.

Enfin dans le cadre de ce cas reste le problème du refus de traitement qui était assorti à l'acte agressif (cf. infra).

c) L'observation N° 21 est bien différente : bien qu'il y ait eu agression, la dangerosité est à ce moment moindre car elle n'entre pas dans le cours d'un délire.

Par ailleurs, elle a touché le personnel : fatigué par la première semaine d'hospitalisation, agacé par le comportement de provocation de ce malade, inquiet par le fait que ce malade, homme, étranger, parlant mal le français (avec tout le halo d'incompréhension que cela comporte) variait d'humeur et d'attitude en une fonction mal définie des circonstances immédiates ce qui augmentait la peur de l'incontrôlé :

L'analyse de cet internement aboutit à deux conclusions contradictoires :

- il n'a pas permis de comprendre ce qui dans la relation malade/entourage a relancé l'agitation du début après une semaine de calme et de bonne adaptation.
- par contre, ce refus d'analyse que constitue l'internement semble être la réponse valable que l'on puisse apporter à une relation malade/entourage lorsque celle-ci devient par trop provocante.

En effet, on peut se demander si le seul fait d'accepter de discuter, dans ce cas-là, n'est pas un encouragement inconscient à ce type de relation qui, pour autant qu'il paraisse volontaire parfois, n'en est pas moins aliénant et stérile.

Enfin, la provocation persistant alors que la menace d'internement pesait depuis le début du séjour et fut reformulée par la suite, semble indiquer que derrière elle subsistent bien le désir et le besoin d'une réaction ferme de l'entourage.

2) Il peut s'agir d'auto-agressivité (observation 28)

Le transfert dans un autre établissement s'est imposé relativement à la dangerosité de la malade/elle-même vu les conditions matérielles (pas de chambre particulière). Il n'était pas du tout supposé au début du séjour comme en témoignent les consignes différenciées, les lettres à l'école de puériculture.

.../...

Là aussi, le déclenchement de la relation sur le mode de tentatives de suicide itératives n'a pu être analysé mais cette non-analyse, cette non-écoute qu'elle constituait l'internement était peut-être assez bien venue. Quoiqu'il en soit, il n'a pas entravé la poursuite du traitement psychothérapique par le même médecin.

De ces trois derniers cas les internements semblent avoir eu une valeur thérapeutique à long terme au moins dans une des deux névroses hystériques si on en juge par la poursuite d'une relation thérapeutique unique pendant environ un an et demi.

La deuxième névrose hystérique a été perdue de vue. Par contre, dans la psychose, l'internement a été positif à court terme mais à moyen terme il a été un échec car la culpabilité du malade à son retour dans le service a été telle que l'angoisse, le délire ont repris ainsi que la dangerosité. Il semble que dans ce cas un isolement "intérieur" au cadre du service aurait peut-être permis un résultat plus satisfaisant.

B) - L'agressivité peut-être latente

Ces cas sont beaucoup moins simples et clairs : on a l'impression que le malade est dangereux mais d'une part ce n'est pas une certitude, d'autre part, il vaut mieux agir avant que la certitude de la dangerosité ait eu lieu. On est donc amené à apprécier la dangerosité d'une façon préventive avec toutes les difficultés que nous avons vu précédemment. Bien entendu ces cas difficiles sont beaucoup plus nombreux que les autres.

Dans notre série, nous en dénombrons 17, soit 4 fois plus que ceux d'agressivité manifeste. Nous allons tenter de les analyser et d'en tirer si possible quelques conclusions.

- 1) Il peut s'agir d'hétéro-agressivité (Observ. 1-3-
7 bis, 8-10-12-20-20 bis-22-23-24-26)

En fonction des critères de durée et du nombre d'hospitalisations antérieures on peut classer ces onze observations en plusieurs groupes :

- internements "précoces" au cours de la 1ère hospitalisation
- internements "tardifs" au cours de la 1ère hospitalisation
- internements au cours de la 2ème hospitalisation

a) Les internements "précoces" (obs. 1-8-10-24)

Ces quatre internements semblent répondre au schéma

.../...

qué nous avons examiné dans l'introduction, celui de l'orientation sur motifs médicaux : le tableau clinique pouvait être grave d'emblée (observation N° 8) il s'accompagnait d'une prévision à court terme de la variation de l'état pathologique (psychose maniaco-dépressive : observation N° 24) ou encore la dangerosité s'accompagnait d'une note suicidaire ou d'un refus de traitement. Dans ces différents cas l'internement semble s'être imposé car plusieurs raisons y poussaient simultanément. C'est sans doute par ce fait qu'il a été si rapide. Par ailleurs ils montrent qu'il n'y a pas de sélection selon la gravité à l'admission et que presque tous les malades qui se présentent sont hospitalisés sauf s'il n'y a pas de place.

b) Les internements "tardifs" (observat. 12-20 bis-22)

1 - Traiter les observations 12-22 ensemble est instructif car cela fait ressortir que le comportement du service, le même dans les deux cas, n'était pas adapté à l'un des deux, la structure pathologique étant assez différente ;

- dans un cas (observation N° 12) schizophrénie grave et ne s'améliorant pas, bien au contraire, sous traitement ;
- dans l'autre (observation N° 22) décompensation psychotique à la limite de la paranoïa ou toute majoration thérapeutique était vécue comme persécutive.

Dans ce dernier cas, il semble bien que toute nouvelle mesure augmentait la dangerosité du malade de plus en plus angoissé et que l'internement a eu, au moins à court terme, une action profondément sécurisante pour lui comme en témoigne la facilité avec laquelle il s'est effectué.

Dans l'observation N° 12 toute nouvelle mesure thérapeutique par le fait même qu'elle n'améliorait pas le malade augmentait l'angoisse de l'équipe devant son impuissance peut-être aussi son agressivité qu'elle projetait alors sur l'autre. Ainsi se dégage une dangerosité croissante et l'internement survient.

2 - L'observation N° 20 semble être un cas analogue ; mais avec une particularité importante : au premier jour de son séjour ce malade a été interné pour refus de traitement et cet internement a avorté par "manque de place" à l'hôpital psychiatrique, il revient donc dans le service ce qui est, d'emblée, mal accepté. Le traitement n'ayant pas l'efficacité souhaitée, le même phénomène se développe et se cristallise autour d'une petite bagarre avec un autre malade et bien qu'on ait noté que sur le plan physique il était très "jugulable" l'angoisse va poindre et augmenter au sein de l'équipe soignante. A tel point que l'exclu-

.../...

sion sera vécue comme absolument nécessaire d'où toutes les recherches de possibilité de sortie.

Il semble que, dans ce cas comme dans l'autre, l'analyse au niveau de l'équipe de cette angoisse, de la relation malade/entourage où le malade, par le fait même de l'échec du traitement, est vécu comme agresseur aurait mieux permis de recentrer // la relation sur un mode thérapeutique et valorisant pour les deux parties, que l'internement qui semble bien être redevable pour une bonne part du désert relationnel, sans investissement de part et d'autre, que constitue la 2ème hospitalisation de l'observation N° 20.

c) Internements au cours de la deuxième hospitalisation
(observations 26-7 bis)

Ces deux observations ont été traitées à part car il semble que dans leur évolution l'hospitalisation antérieure a joué un rôle non négligeable.

Ceci est particulièrement net pour l'observation N° 26 Dans celle-ci la cause déclenchante de l'agressivité passagère de la malade était évidente tant pour le thérapeute que pour la malade qui l'exprimait ouvertement. Comment se fait-il que l'internement ait été la solution adoptée ?

- il semble, si l'on en croit la description de l'époque, que la dangerosité de la malade était assez importante vis-à-vis de l'extérieur et l'impossibilité de réaliser directement son agressivité la poussait évidemment à tenter de la réaliser indirectement en s'agressant elle-même ce qui majorait donc les risques suicidaires propres à la rupture thérapeutique.

- de plus il devait être difficile pour le thérapeute en question de supporter une situation qu'il avait contribué à créer.

- ceci interférant d'ailleurs avec le "mauvais souvenir" qu'avait laissé cette malade après sa première hospitalisation, lié à l'association d'agressivité et d'éléments hystériques.

- l'internement semblait donc s'imposer et a eu une grande valeur sédatrice sur le champ lorsqu'il a été annoncé à la malade qui était tout à fait angoissée de l'émergence de sa propre agressivité. Dans la suite du traitement, une courte ré-hospitalisation a d'ailleurs eu lieu avant l'entrée dans une maison de post-cure et une relation thérapeutique a pu être maintenue avec le médecin.

.../...

L'observation N° 7 a déjà été étudiée précédemment. Le séjour en service fermé de ce malade fut suivi d'un nouveau séjour dans notre service pendant lequel réapparurent très rapidement les mêmes thèmes délirants, la même angoisse. Nous les avons déjà discutés.

Dès lors, du fait de l'antécédent dans notre service cette redécompensation fut estimée dangereuse pour l'entourage - on voit combien le premier séjour influait - ; l'effet anxiolytique de l'internement tout à fait réel était recherché, mais il faut bien reconnaître que cette décision est grave car elle perpétue une espèce de cercle vicieux. Dans ce cas comme le premier séjour nous pensons qu'un isolement "intra-hospitalier" aurait été préférable.

2) Il peut s'agir d'auto-agressivité

Ce groupe de malades est moins nombreux que celui que nous avons analysé précédemment mais il présente relativement plus de cas étranges - sur lesquels nous reviendrons - que nous voulons immédiatement souligner en indiquant que l'on n'y trouve pas de motifs évidents. Ici encore le critère durée nous semble un bon discriminant.

a) internements "précoces" (observ. 2-3-10)

Les cas 3-10 sont assez semblables et nous y retrouvons ce dont nous avons déjà parlé: l'internement "surdéterminé" par des dangers hétéro- et auto-agressifs importants présents dès le début de l'hospitalisation et qui du fait qu'ils ne cèdent pas rapidement deviennent intolérables apparaissant au-dessus des possibilités du service et entraînant l'internement.

Le cas 2 est un peu différent: c'est un internement plus tardif, pour un symptôme apparu dans le service ; l'ancienneté du cas, l'inexistence à cette date d'un cahier d'infirmière ne nous ont pas permis de reconstituer l'histoire mais du fait des deux aspects cités il semblerait peut-être se rapprocher des cas suivants.

b) Ceux-ci se passent sur des délais plus longs de 18 jours, deux mois et trois mois (observ. 17-30-29).

Les 17 et 30 peuvent être traités ensemble. Deux malades psychotiques, plus ou moins mutiques dont la stagnation dans le service va bientôt devenir intolérable ; ils déambulent et n'avancent pas. L'un souriant un peu au bout de 10 jours ; l'autre aussi, ayant comme seul rapport avec l'entourage le "jeu de

de la porte" décrit plus haut. Puis apparition chez les deux d'idées de suicide qu'ils vont aller, surtout pour l'un (17) ressassant sans arrêt, demandant doucement des conseils, l'introduisant à tout moment dans la discussion lorsque celle-ci existe.

Ces éléments sont notés au fur et à mesure sur le cahier d'infirmières mais n'entraînent peu ou pas de réactions médicales par une sorte de processus de non investissement dans l'échec du traitement et le calme de la relation : c'est l'oubli qui s'organise. Mais le malade continue toujours à parler de suicide ou à faire de discrètes tentatives.

L'échec devient difficilement supportable. La culpabilité augmente mais il y a toujours silence ou non communication à l'intérieur de l'équipe. Alors, lorsque cette situation dure trop longtemps (3 mois) ou plus brièvement par la conjugaison du fait d'autre malade, soudainement, subrepticement l'internement a lieu car cette exclusion peut seule permettre l'oubli.

Dans ces deux cas, on a un espèce de prototype de la crise de l'institution qui semble venir de la difficulté de communication à l'intérieur de l'équipe. Ici le malade ne dit rien, il se ballade sans arrêt, sans bruit, rien n'est à supporter et ce silence du malade vient révéler les difficultés des relations médecin-infirmières, d'où une espèce d'accord tacite de ne pas en parler, d'où les réactions après coup de quelque isolé "Ah ! si au moins il cassait la gueule à un autre malade ou enfonçait la porte !".

Mais ce silence total est angoissant, culpabilisant, car indistinctement on perçoit qu'il est en cause dans l'échec thérapeutique.

L'équipe lâche alors là où les défenses personnelles (formation, technicité, horaire, situation dans l'équipe) sont les plus faibles à savoir dans le personnel infirmier qui fait pression sur le médecin du malade ou sur le chef de service pour régler cette affaire.

Ce qui est ressenti comme la sauvegarde de l'équipe passe alors avant tout y compris le problème du malade qui en ces cas n'est que secondairement posé.

Il ne nous semble pas que l'internement qui entérine le silence, qui engendre une culpabilité soit la solution la meilleure :

- au niveau du malade il représente une mesure qui, survenant aussi tard comme quasi seule intervention de l'équipe, est vécue comme un rejet non seulement

de l'hôpital mais aussi dans un monde intérieur. Ainsi, il rend difficile la tâche de ceux qui auront la charge, momentanée dans le cas 17, de prendre le relais.

- au niveau de l'équipe il représente un échec sur un obstacle non élucidé, il condamne l'analyse ultérieure de cas analogues, il constitue un blocage de l'équipe à un niveau donné de formation. La sauvegarde immédiate de son équilibre se fait au prix d'un non-progrès ultérieur, et ce en raison de l'angoisse et de la tension du moment : or il nous semble que c'est bien au contraire en ces moments difficiles qu'une équipe ainsi que les individus qui la composent peuvent se constituer et progresser.

Cependant, nous devons nuancer notre opinion en raison de deux faits :

- d'une part, vu l'absence de chambres du de sécurité à l'intérieur du service, il était difficile de laisser un malade face à un moyen de suicide qu'il savait possible ;
- d'autre part, il faut noter que la sauvegarde immédiate de l'équipe est importante car une équipe où l'angoisse est trop forte ne peut être thérapeutique.

L'observation N° 29 représente un de ces cas étranges dont nous parlions précédemment. Le malade était en effet dangereux pour lui-même. Sa défenestration rattrapée in-extrémis le prouve. L'internement paraît donc s'être imposé à juste titre mais cette conclusion passe sous silence un phénomène relevé dans le cahier d'infirmières et le dossier médical : à savoir son intolérance à et par une partie de l'équipe soignante, le conflit majeur que révélait ce malade ; d'une part entre les deux équipes soignantes, d'autre part entre le médecin responsable de ce malade et une des équipes. Ce conflit fut verbalisé. Il était conscient comme en témoignent les nombreuses discussions, les lettres échangées entre les différentes parties.

L'internement, dans ce cas, où le succédané qui a été utilisé qui témoigne de la culpabilité de toute l'équipe à l'assumer, permettait-il de régler ce conflit. Nous ne le pensons pas.

Il a été vécu comme une frustration pour une partie du personnel et a culpabilisé l'autre partie comme en témoignent la minceur et l'évasivité des réponses que nous reçûmes lorsque nous avons interviewé cette partie de l'équipe alors que les faits n'étaient pas encore anciens.

.../...

Le conflit entre le médecin et la partie en question en est resté au même stade et peut très bien réapparaître dans des circonstances analogues ou autres.

Bien entendu, il y avait deux objectifs immédiats à préserver : la vie du malade et l'équilibre de l'équipe. Ils l'ont été par l'internement mais nous pensons que là aussi une solution intra-hospitalière donnant les mêmes garanties de sécurité que celle choisie, aurait été préférable afin d'ouvrir le débat au fond des choses.

II) - INTERNEMENTS EN FONCTION DU REFUS DE SOINS

Le refus de soins comporte deux éléments distincts :

- le refus de traitement chimique ou autre
- le refus d'hospitalisation

Dans le cadre que nous nous sommes fixé la forme évidente est celle d'un malade qui réclame sa sortie avec menaces voire même qui enfonce la porte.

Cette situation n'a été réalisée que rarement. Elle pose elle aussi moins de problèmes dans la mesure où si à ce refus s'associe l'état dangereux, l'internement est exécuté.

C'est même bien souvent la seule solution quand cela survient en début d'hospitalisation afin de donner au malade les quelques garanties que doit fournir la loi de 1838.

Mais le plus souvent, la situation est moins évidente :

- d'une part, le refus n'a jamais été isolé mais toujours associé à un certain degré de dangerosité ;
- d'autre part, il est plus nuancé : le refus de traitement alors que l'hospitalisation est bien acceptée étant très fréquemment réalisé.

Les éléments d'appréciation devront être assez différenciés :

- caractère plus ou moins pressant du refus,
- ce sur quoi il porte, médicaments, entretiens ou hospitalisation,
- nécessité vraie des soins,
- situation dans le temps de ce refus :
 - immédiat
 - retardé
- analyse de ce refus,
- contre attitude de l'équipe.

.../...

Ici aussi il nous semble qu'il est intéressant de prendre la durée du séjour comme discriminant.

a) internement "précoce" (obs. 1-5-6-8-11-14-16-19-20-24)

C'est-à-dire la grande majorité de ce groupe.

Le mode d'internement est assez stéréotypé : amené par un camarade, le malade est accepté et soit il refuse de signer son admission, soit il la signe mais très rapidement dans le service, il cherche à s'enfuir et ou refuse avec force son traitement.

Ce refus s'accompagne toujours soit d'une agressivité importante, soit de troubles importants et on se trouve dans ce cas dans le groupe des internements "sur-déterminés" que nous avons déjà rencontré. L'internement est alors décidé.

Il n'est jamais décrit ce qui laisse supposer soit qu'il s'est passé sans difficulté soit que le malade n'intéresse plus. En effet, un des dangers de cette pratique c'est que l'internement soit décidé non seulement en fonction des critères "objectifs", mais aussi en fonction d'autres éléments : tels le refus de surcharger un service déjà lourd, de se charger de malades difficiles ...

Ce risque doit à notre avis être présent à l'esprit. Ceci posé, nous ne disposons pas d'éléments indiquant que le service y soit tombé. Mieux : parmi les internements "précoces" nous constatons que 5 ont été à nouveau suivis ou hospitalisés dans le service ce qui laisse entendre que dans ce cas le schéma d'orientation médicale était à peu près vérifié.

b) internements "tardifs" (observ. 4-7-22)

Deux de ces cas ont déjà été étudiés à la rubrique dangerosité. Le refus de soins dans un cas (7) a été mis au second plan de la décision d'interner ce malade par rapport à l'acte agressif qu'il avait fait.

Dans l'autre (22) il a été un argument de plus s'ajoutant au vécu délirant persécutif de ce malade (cf. supra).

L'observation N° 4 est plus complexe et il semble que l'internement répondait à une problématique plus élaborée que celle du simple refus de soins.

En effet, il y avait refus de soins mais celui-ci survenait après un mois d'hospitalisation, après que le malade soit

.../...

déjà formellement sorti et on peut légitimement se demander si l'esclandre effectué à l'extérieur ne correspondait pas en réalité à une demande de prolongation de l'hospitalisation auquel cas cette demande aurait été insuffisamment analysée.

D'autres facteurs ont aussi joué : le passé psychiatrique de cette malade, le caractère temporaire et précaire de son séjour en France ne poussaient pas à la garder car ils rendaient très aléatoires pour ne pas dire impossible une prise en charge thérapeutique.

III) - LES AUTRES INTERNEMENTS =====

Enfin dans cette série nous trouvons quatre observations que nous ne pouvons faire entrer dans les séries précédentes du fait que nous ne trouvons pas trace de cahier d'infirmières et que dans les dossiers nous ne voyons pas d'éléments de dangerosité ou de refus de soins. Bien que la formule rituelle ait dû être utilisée nous les avons classées à part, intrigué par ces lacunes.

L'observation N° 15 ne donne pas beaucoup de renseignements sur l'état actuel de la malade mais insiste en le détaillant sur un lourd passé psychiatrique constitué de prisons, hôpitaux, tpxicomanies ... L'internement survient le lendemain, nous ne pouvons que supposer qu'il s'agissait d'une malade grave et certainement très difficile à investir.

L'observation N° 27 est plus éloquente : malade grave, très marginal. Sa sortie jugée prématurée est cependant faite sans que l'on sache d'où en vient la demande. Trois jours après il revient à la consultation en urgence. Il est interné, ce qui n'est pas dû à un manque de place vacante.

Là, justement, on remarque dans le cahier d'infirmières et dans le dossier médical le peu d'investissement que se portent réciproquement le malade et l'institution (nombreuses sorties plus ou moins autorisées sans réaction de l'équipe ... sortie autorisée bien que prématurée, refus de la réhospitalisation) et il semble que ce soit cette absence d'investissement ainsi qu'un certain refus de l'échec qui motivent en définitive cet internement.

L'observation N° 23 est analogue, le non-investissement étant motivé par les troubles caractériels que présentait ce malade. Au bout de trois semaines la sortie, demandée par le malade, est acceptée et effectuée malgré l'aggravation de l'état clinique sortie accompagnée d'une mesure de P. V. si les troubles réappa-

raissent. L'internement, à partir de la consultation deux jours plus tard est la réalisation de cette menace.

Dans l'observation N° 25 l'internement est réalisé directement à partir du service mais dans les circonstances particulières : après une longue période de pression de l'équipe sur le médecin, le malade est interné pendant l'absence du médecin responsable qui visiblement, d'après ses commentaires de vive voix et sur le dossier, n'est absolument pas d'accord.

Ces différents dossiers, en particulier les trois derniers, montrent une véritable réaction d'auto-défense de l'équipe qui se sent en danger en face du malade du fait de sa gravité, de ses troubles du comportement ou de son excitation psychique.

Dans deux cas, l'ensemble de l'équipe est acquise à une solution d'exclusion mais l'internement n'est pas fait car vraisemblablement trop culpabilisant. Il est alors associé à l'éventuelle renhute et réalisé par ce biais.

Dans le dernier cas, un espèce de statu quo est réalisé au sein de l'équipe mais l'absence d'une des parties déséquilibre cette sorte de rapport de force et l'internement est alors fait.

Il nous semble que ces pratiques sont dangereuses tant au niveau du malade qu'au niveau de l'équipe et que l'existence de chambres comportant des éléments de sécurité à l'intérieur du service obligerait à poser la question qui semble fondamentale : l'internement est-il une mesure thérapeutique ou une mesure de protection du milieu ? Et permettrait, peut-être, ainsi d'y apporter une réponse plus satisfaisante.

R E S U M E E T C O N C L U S I O N S

Ce travail a été réalisé dans le service de Psychiatrie de l'Hôpital International de l'Université de Paris. Nous avons cherché à mettre en évidence les causes, au sens large, et la signification des internements réalisés à partir du service d'hospitalisation depuis sa création en mai 1964 jusqu'en avril 1970.

Ce service ouvert est mixte. Il comporte 40 lits. Son architecture et son aménagement sont identiques, à quelques mesures de sécurité près, à deux des autres services de l'Hôpital Général.

A l'époque de notre travail, il n'y avait pas de lits d'isolement vrais. Par son recrutement, il constitue un service de secteur intersecteur recevant plus spécialement les étudiants-enseignants, les sujets jeunes. La majorité des malades sont des psychotiques. L'encadrement médical et infirmier est important. La prise en charge est approfondie, diversifiée et continue ce qui correspond à un des buts essentiels de l'idée de secteur.

De l'analyse des dossiers on peut dégager ce qui suit.

A) - LES RAISONS DE L'INTERNEMENT

Nous pensons qu'il en existe deux groupes bien différents :

- le premier constitue ce que nous appellerons les motifs manifestes, c'est-à-dire ceux qui sont notés sur le certificat d'internement ; ce sont les divers refus de soins (de médicaments ou d'hospitalisation) et les différentes formes de dangerosité (manifeste ou latente, dirigée vers le sujet lui-même, vers l'extérieur, vers les deux).
- le deuxième comprend ce que nous appellerons les motivations latentes qui sont beaucoup plus variées, beaucoup moins évidentes et cependant très importantes. Nous rassemblerons ici celles qui ont été mises en évidence au fur et à mesure de notre étude.

.../...

Il peut s'agir de phénomènes de non-investissement qui peuvent se produire dans plusieurs situations, par exemple :

- quand les antécédents particulièrement lourds ou la gravité du tableau initial font craindre que le résultat du traitement soit faible ou nul ;

- quand, l'entrée ayant été faite en urgence, l'équipe ne reprend pas immédiatement à son compte le contrat tacite établi entre le malade et le psychiatre de garde, car celui-ci, malgré son intégration à l'équipe, est quand même marginal ;

- quand la situation géographique ou sociale du malade ne permet pas d'envisager une prise en charge de durée suffisante ; on peut noter à ce sujet que moins un malade appartient à la population habituelle du service, moins il est investi et plus grande est l'intolérance à son égard.

Parfois, le non-investissement n'est le fait que d'une partie de l'équipe, souvent celle de nuit dont l'isolement et le petit nombre rend difficile la tolérance de malades difficiles. Il y a alors création d'une scission interne vis-à-vis du malade, situation qui nous semble dangereuse car très anxiogène pour tout le monde et sans grande valeur comme modèle d'identification pour le malade, c'est-à-dire en définitive situation génératrice de symptômes.

Il peut s'agir de désinvestissement progressif, de rejet d'un malade dont l'état reste stationnaire ou à fortiori s'aggrave qui entraîne alors un sentiment d'échec et de frustration. Ce phénomène de rejet nous paraît particulièrement important à saisir car c'est lui qui correspond à ce que nous avons appelé la crise de l'institution sans qu'il soit possible de préciser de façon certaine lequel est la cause de l'autre. Ce qui est certain, par contre, c'est que crise de l'institution et rejet forment ensemble un cercle vicieux : toute aggravation du malade augmente l'angoisse obligeant alors à désinvestir ce qui précipite l'aggravation.

Ces motifs et motivations, dont l'énumération n'est pas exhaustive, entretiennent entre eux des rapports que nous allons ébaucher. D'abord ils existent réellement et simultanément, en effet nous pensons qu'à tel moment tel malade a été dangereux. Mais en plus de ces rapports de coexistence, il y en a d'autres qui sont de l'ordre de la causalité non linéaire, de l'ordre du dit et du non-dit, le motif manifeste étant l'expression de toute une série de phénomènes complexes.

Nous allons voir maintenant comment ils se répartissent dans les divers internements. Dans tous sont présents un ou plusieurs de chacune des deux catégories. Il apparaît que leur

importance relative varie en fonction de la durée de séjour.

En effet, les motifs manifestes, spécialement la dangerosité, sont toujours présents tant dans les internements "précoces" que dans les "tardifs". Les motivations latentes ont un faible rôle dans la décision d'un internement "précoc", un rôle déterminant dans celle d'un "tardif" ; ce qui explique que des malades de "dangerosité vraie égale" ne soient pas tous internés selon l'existence ou l'absence de motivations latentes. L'importance du facteur temps se comprend puisque les motifs manifestes ont trait plus particulièrement au malade lui-même, les motivations latentes plus particulièrement aux réactions plus ou moins conscientes de l'entourage à ce dernier.

B) - QUELLE EST LA SIGNIFICATION DE L'INTERNEMENT ?

Est-il une mesure thérapeutique ou une mesure de protection ? L'intitulé et le cadre de notre travail ne nous permettent pas d'apprécier un aspect significatif et fondamental de cette question à savoir le résultat à long terme de l'internement.

Par contre, nous pouvons apporter quelques éléments de réponse par des voies détournées en étudiant s'il était une mesure thérapeutique à court terme et seulement cela, à quel besoin il répondait, comment il était vécu par l'équipe médicale et infirmière. Les dossiers étudiés montrent que la ligne de partage entre la visée thérapeutique et celle non exclusivement thérapeutique passe par le paramètre durée de séjour.

Les internements "précoces" entrent à peu près dans le cadre du schéma d'orientation médicale que nous avons exposé au début. Un malade se présente, l'analyse sémiologique révèle un certain nombre de symptômes qui ne peuvent être acceptés en service libre, il est donc orienté vers un service plus apte à le recevoir. Cependant, l'adéquation à ce schéma n'est pas parfaite car intervient le phénomène de non-investissement immédiat des malades entrés en urgence que nous avons déjà vu.

Les internements "tardifs" n'ont pas cette évidence, et si, pour certains, ils représentaient une mesure thérapeutique à court terme, toujours entraînent dans leur détermination d'autres facteurs : sentiment d'échec, angoisse et peur devant tel ou tel malade, voire même angoisse globale focalisée sur un seul, si bien que dans ces cas-là, l'idée sous-jacente à l'internement n'était pas seulement de mieux traiter ce malade mais qu'il serait mieux traité ailleurs.

Ainsi, en même temps que la visée thérapeutique, en même temps que le désir de protéger le malade apparaît celui que

.../...

le malade soit mis à distance c'est-à-dire un besoin de protection du milieu. Ce besoin peut naître au contact d'un danger extérieur, c'est ce qui se passe lorsque le malade, vécu comme réellement dangereux, induit dans l'entourage un sentiment de peur physique. C'est elle qui explique que la plupart des internés soit des hommes.

Parfois, le danger est intérieur, quand, par exemple, un malade, accepté par une partie seulement de l'équipe, met en danger l'équilibre actuel ou bien vient surcharger un service déjà fort lourd. Ce déséquilibre, cette crise de l'institution se traduit par une angoisse importante et doit être levé. Nos dossiers montrent que, parfois, l'internement avait cette fonction.

Dès lors, il apparaît clairement que le schéma d'orientation ne traduit pas correctement ces internements. Celui de l'"écrémage" ne paraît pas plus adéquat car, dans celui-ci, c'est le malade comme porteur d'une certaine pathologie qui est rejeté. Ici, le malade est refusé, non pas uniquement à cause de ses troubles, mais surtout car il est chargé de l'angoisse de l'équipe, qu'il a non pas créée tout seul mais contribué à développer au même titre que d'autres malades et que les problèmes personnels et collectifs du moment.

Enfin et surtout le symptôme, vécu par l'équipe comme signal d'alarme, dépend de l'entourage et a un sens. Dans nos dossiers, nous avons constaté des changements de symptômes et de comportement, certains ont pu être compris, mais faute de documents et de les avoir tous vécus nous-mêmes nous n'avons pu expliquer la genèse de toutes ces modifications.

Même les aurions-nous tous vécus et auraient-ils eu lieu que ce sens nous aurait échappé car, comme l'ont montré l'observation de Bertrand et d'autres qui ne s'étant pas terminés par un internement, n'entraient pas par définition dans notre cadre, l'internement "tardif" est la réponse à l'incompris.

C'est ce fait qui explique l'ambivalence de l'équipe à son égard, la culpabilité qui touche tous ses membres, même ceux qui l'avaient demandé, une fois qu'il a été réalisé. Cette culpabilité est plus grande pour les infirmier(e)s que pour les médecins car les malades s'étant dispersés géographiquement par l'internement ne seront que rarement repris dans le service, alors qu'ils seront souvent suivis par les médecins à la consultation.

Cette ambivalence, cette culpabilité expliquent les difficultés que nous avons éprouvées pour mener certains de nos interviews, l'âpreté des discussions sur ce sujet, le fait que les internements, même anciens, n'étaient pas oubliés. Dans notre étude, il apparaît que l'internement "tardif" n'est jamais une décision facile.

Pour conclure, nous voudrions dégager et préciser un certain nombre de points.

Le problème de l'internement ne se pose pas dans n'importe quelle institution ; il est le fait de certaines qui, grâce à leurs caractéristiques (conditions d'équipement, rôle et importance du personnel, non-sectorisation géographique de recrutement ...) acquièrent une certaine spécialisation ou compétence particulière au prix d'une limitation de leur champ d'action. Ces limites doivent être présentes à l'esprit, non pas tellement lors de l'admission, car un séjour bref permet de préciser l'orientation et permet au malade d'appréhender la réalité de son état pathologique, mais surtout pendant les premiers jours de l'hospitalisation car il nous semble que, si l'internement s'avère nécessaire, il vaut mieux qu'il soit "précoce" que "tardif", évitant ainsi au malade une prise en charge interrompue.

Malgré cette vigilance le problème de l'internement peut se poser pendant l'hospitalisation et mieux, nous dirons que, le cas échéant, ce ne doit pas être un sujet tabou ou une proposition que personne n'ose faire et que justement le fait d'en parler constitue un excellent stimulant pour analyser le symptôme à propos duquel on l'évoque.

Par rapport aux questions matérielles et nous avons vu l'utilité d'un secteur de sécurité permettant l'isolement à l'intérieur de l'institution dans de bonnes conditions des malades "difficiles" pendant un temps limité, ce qui avait d'ailleurs été prévu dans le projet primitif, ce qui explique les installations qui avaient été adoptées pour cet étage.

Par rapport à l'entourage, il importe de situer le symptôme, d'en apprécier la détermination ; voir en particulier s'il répond à une ambiance conflictuelle avec d'autres malades, (noter s'il est ancien ou récemment apparu en est un indice précieux) ; nous pensons en effet que l'hospitalisation est un lieu privilégié pour observer le malade au sein d'un milieu plus ou moins standard sur lequel nous disposons de possibilités d'informations et d'actions.

Voir s'il correspond à un conflit au sein de l'équipe médicale et infirmière et là-même la discussion de l'internement aura une grande valeur formatrice pour l'équipe par le travail de prise de conscience collective, de réflexion sur soi-même qu'elle impose dans une situation pratique et concrète.

.../...

Il faut aussi apprécier la signification de ce symptôme par rapport à l'équipe soignante afin de pouvoir répondre à la demande d'une façon éclairée et positive.

Nous serions satisfait si ce travail, montrant un exemple d'analyse faite après-coup, permettait à d'autres de la faire sur le champ. Nous en accueillerons avec reconnaissance les critiques et suggestions qu'ils voudront bien nous faire à ce propos.

Vu :

Vu :

Le Président :

Le Doyen :

Signé : E. HOUSSET

Signé : J. LOYGUE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

